

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta



Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Pavla Malá

**Práce s nemotivovanou klientkou na oddělení léčby
závislostí v psychiatrické léčebně**

**Work with unmotivated client from addictological
department**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Vondráčková Petra

Praha

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 23. 7. 2012

Pavla Malá

Identifikační záznam:

MALÁ, Pavla. Práce s nemotivovanou klientkou na oddělení léčby závislostí v psychiatrické léčebně. (Work with unmotivated client from addictological department).

Praha, 2012. 57 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Vondráčková Petra

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Vondráčkové Petře za cenné rady, za čas, který mi věnovala a vstřícný přístup při vedení mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat terapeutce a lékařce oddělení závislostí psychiatrické léčebny, které si nepřejí být jmenovány, za vstřícný přístup při sbírání dat a studování příběhu klientky.

Poděkování si zaslouží také mé děti, které byly velmi trpělivé v době zpracovávání bakalářské práce.

OBSAH:

1. ÚVOD A ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE	9
2. VÝCHODISKA PRÁCE (TEORETICKÁ ČÁST).....	11
1. Motivace jako proces.....	11
2. Model Prochaska-DiClemente.....	12
3. Principy a postupy motivačních rozhovorů.....	14
4. Klient v jednotlivých fázích kola změny a úkoly terapeuta	16
5. Přístup terapeuta při budování motivace.....	17
6. Práce s ambivalencí.....	18
7. Práce s odporem klienta.....	19
8. Rozdíly mezi motivačními rozhovory a jinými styly.....	20
9. Motivace u klientů s poruchou příjmu potravy.....	21
10. Problém duální diagnózy v adiktologických službách.....	22
3. CÍLE	24
4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	25
5. METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT.....	26
6. ANAMNÉZY KLIENTKY.....	28
1. Osobní anamnéza.....	28
2. Sociální anamnéza.....	29
3. Drogová kariéra.....	30
4. Obtíže a problémy spojené s užíváním drog.....	31
5. Léčby a abstinenční pokusy.....	31
6. Rodina	31
7. SITUACE VÝCHOZÍHO BODU	33

8. DALŠÍ VÝVOJ A PRŮBĚH PŘÍPADU, LÉČEBNÉ INTERVENCE, MOTIVAČNÍ ROZHOVORY	34
1. Období detoxikace – fáze prekontemplace	34
2. Fáze kontemplace	36
3. Fáze rozhodování	38
4. Fáze akce	40
5. Další fáze na kole změn	44
9. SOUHRN PŘÍPADU A DISKUZE	45
1. Vývoj motivace klientky v průběhu léčby	45
2. Účinné metody, postupy a principy budování motivace klientky z pohledu terapeuta	48
3. Hodnocení účinnosti metod a přístupů ze strany klientky	49
4. Možnost uplatnění motivačních rozhovorů ve strukturované léčbě	51
10. ZÁVĚR	53
11. ETIKA	54
12. SEZNAM LITERATURY	55

ABSTRAKT:

Cílem bakalářské práce je zkoumat průběh vývoje motivace na reálném případě klientky a zhodnotit, jaké metody, postupy a intervence byly nejúčinnější při budování motivace klientky k pozitivní změně závislého chování.

Základními metodami kvalitativního sběru dat v této práci jsou pozorování, polostrukturované a narativní interview. K doplnění sběru dat jsou použity dokumenty, což jsou lékařské, sesterské a psychologické záznamy a soukromé dokumenty klientky. Ke zpracování dat kvalitativní případové studie slouží metoda analýzy dat případové studie.

Diplomová práce je podrobně zpracovanou kazuistikou nezletilé klientky s duální diagnózou, psychotickou poruchou vyvolanou užíváním stimulancií a THC a s poruchou příjmu potravy. Do léčby nastoupila po suicidálním pokusu z důvodu nebezpečí sebepoškozování a sebevražedného jednání a pod tlakem vnějších okolností.

V této kazuistické studii se odráží práce s nemotivovanou klientkou, možnost využití motivačních rozhovorů a jejich vliv na ambivalenci klientky a odmítavý postoj k léčbě a ke změně závislého chování. Je zde popsán průběh a vývoj změny postojů, hodnot a chování klientky během léčby, léčebné intervence a jednotlivé kroky proměny motivace jako přechod z jedné fáze do druhé na „kole změny“.

V závěru je shrnut příběh klientky a vývoj motivace ke změně během jejího pobytu na oddělení závislosti. Je zde řešena otázka, jaké metody, postupy a principy měly největší vliv na budování motivace klientky, jak z pohledu terapeuta, tak z pohledu samotné klientky. V závěru je také shrnut význam motivačních rozhovorů a možnost jejich uplatnění při léčbě závislosti ve strukturované léčbě.

Klíčová slova: ambivalence - duální diagnóza - mentální bulimie – motivace - stimulancia

ABSTRACT:

The aim of this study is to examine the course development motivation on the real client and to evaluate the methods, procedures and interventions were most effective in building motivation to change addictive behavior.

The basic methods of collecting qualitative data in this work are the observations, semistructured and narrative interviews. Documents are used to complete the data collection. The method of data analysis case study is used to process data of this qualitative case study.

This thesis is detailed case study of a seventeen years aged girl with dual diagnosis, psychotic disorder caused by the use of stimulants and THC, and with an eating disorder. Until she started treatment after suicide attempt due to risk of self harm and suicidal behavior and the pressure of external circumstances.

In this published case study reflects the work with unmotivated client, the possibility of using motivational interviewing and its impact on clients ambivalence and opposition to treatment and to change addictive behavior. This study describes the development of changes in attitudes and behavior of clients during treatment, therapeutic interventions and the steps of transformation of motivation as a transition from one stage to another on "wheel of change".

In the end the story and the development of motivation for change is summarized during client's stay in the department of addiction. There is the question of what methods, procedures and principles had the greatest influence on the motivation of client, both in terms of therapist and client in terms of herself. There is also summarized the importance of motivational interviewing and possibility of their use in the institutional treatment of addiction.

Keywords: ambivalency – bulimia nervosa - dual diagnosis - motivation - stimulants

1. ÚVOD A ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE

Tato bakalářská práce je podrobně zpracovanou případovou studií nezletilé klientky, která nastoupila nedobrovolně do střednědobé ústavní léčby po suicidálním pokusu, bez snahy změnit své závislostní chování. U klientky byla diagnostikována psychotická porucha chování (toxická psychóza) způsobená užíváním stimulancií a THC a zároveň porucha příjmu potravy pod obrazem mentální bulimie.

Zabývala jsem se prací s nemotivovanou klientkou, průběhem její léčby a postupnou proměnou jejího postoje k léčbě a ke změně jejího způsobu života, jejího chování a důvěry v sebe sama.

V odborné literatuře se často řeší otázka motivace klientů adiktologických služeb a různé postupy při snahách o změnu postoje klienta ke změně. Je zde vysvětlen pojem motivace, různé pohledy na stav motivace, její jednotlivé fáze a vhodnost různých terapeutických postupů při práci s klientem nacházejícím se na určitých úrovních „kola změny“. V praxi se uplatňují různé principy motivačních rozhovorů a způsoby, jak zacházet s odporem klienta, jak pochopit ambivalenci a pracovat s ní, jak zhodnotit situaci klienta a nastavit individuální cíle a postupy tak, aby klient přijmul realitu a mohl nastoupit cestu adekvátní změny.

Na základě studia odborné literatury jsem se snažila porozumět otázce motivace klienta k léčbě závislosti, k pozitivní změně jeho stávajícího chování. Tyto poznatky jsem se snažila uplatnit při práci s klientkou, při rozhovorech, pozorování a studování jejího příběhu. Účastnila jsem se rozhovorů klientky s terapeutem zaměřených na budování motivace a dalších intervencí v rámci skupinové a rodinné psychoterapie. Studovala jsem příběh klientky pomocí zápisů v jejím deníku, vypracovaných elaborátů, ošetřovatelských a lékařských dokumentů a mých individuálních rozhovorů s klientkou.

Problém motivace klientů je důležitou otázkou v léčbě uživatelů návykových látek. Pracuji tři roky na oddělení závislostí pro ženy v psychiatrické léčebně a setkávám se s klientkami, které nastupují k léčbě nedobrovolně, bez jakékoliv vnitřní motivace a někdy

pouze pod tlakem vnějších okolností. Většina z nich z léčby odchází předčasně po krátké detoxikaci a velká část klientek se do našeho zařízení opakovaně vrací. Práci s motivací pokládám za důležitou součást léčby závislostního chování a dle mého názoru často opomíjenou a překrytou jinými neúčinnými metodami, přísným dodržováním režimu, bodovacím systémem atd., kde se pak ztrácí individuální potřeby klienta a možnost pracovat na změně sebe samého.

2 . VÝCHODISKA PRÁCE (TEORETICKÁ ČÁST)

Teoretická část práce se zabývá různými pohledy na motivaci ke změně, problémem závislosti na návykových látkách, problémem duální diagnózy při léčbě závislosti, ambivalencí a odmítavým postojem klienta ke změně svého stávajícího chování. Poukazuje na jednotlivé fáze kola změny dle modelu Prochasky a DiClementa, vhodné postupy a principy motivačních rozhovorů, úkoly a přístupy terapeuta v jednotlivých fázích. V teoretické části jsou zmíněny různé postupy při práci s odporem klienta a jeho ambivalentním postojem ke změně. Závěrečná teoretická část je věnována motivaci klientek s poruchou příjmu potravy, problému duální diagnózy v adiktologických službách a rozdílu mezi principy motivačních rozhovorů a jinými terapeutickými styly běžně používanými při léčbě závislosti.

2.1. Motivace jako proces

Motivaci chápeme jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby“ (Kalina et al., 2001).

Dle Kaliny (2003) bylo součástí modelu závislosti přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna. Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a neschopnost spolupráce se považovaly za popření. Současnost nabízí i jiná hlediska pohledu na problém popření, lze ho chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny tohoto chování se během času mění.

Miller a Rollnick (2003) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta usnadní klientovi vnitřní motivaci

ke změně a případně může využít a zvnitřnit motivaci vnější, ať už ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů a tlaku jiných vnějších okolností. Terapeut by měl vytvořit tři základní podmínky, aby připravil cestu pro přirozený vývoj směrem k proměně: přirozená empatie, vřelost, která neobsahuje vlastnické tendence, a opravdovost. Motivace člověka ke změně může být ovlivněna mnoha různými podmínkami, které jsou mimo dosah jeho vůle. Motivace se spíše jeví jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích proměňuje a je možné jej ovlivnit.

Rotgers (1999) označuje také terapeutův styl jako významný faktor v interakci klient-terapeut, který se může rozhodujícím způsobem podílet na tom, zda klient zvolí současný stav, odpor nebo se rozhodne pro změnu.

Jak uvádí Nešpor (2003a), lze posilování motivace včlenit do nejrozličnějších forem terapie při skupinové, individuální a rodinné psychoterapii. Posilování motivace je nedílnou součástí diagnostického rozhovoru a propojuje se s jeho dalšími cíli, jako je navázání terapeutického vztahu a získání relevantních informací od klienta.

V literatuře se můžeme seznámit s důležitými cíli motivačních rozhovorů, teoretickými východisky (model Prochaska-DiClemente, model BUISMAN-KOK, apod.), základními metodami motivačních rozhovorů a účinnými postupy, jak zvýšit klientovu motivaci ke změně závislého chování.

2.2. Model Prochaska-DiClemente

Model, který může pomoci přípravě změny, byl rozvinut psychology Jamesem Prochaskou a Carlem DiClementem, kteří se snažili pochopit, jak a proč se lidé mění, ať už sami nebo s pomocí terapeutů. Popsali několik fází, kterými lidé v průběhu změny procházejí. V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako aktuální stav jedince nebo jeho stávající připravenost ke změně. Motivace je tedy vnitřním stavem, na který mají vliv různé vnější faktory (DiClemente, 2003).

Realitu průběhu změny odráží „kolo změny“, jež vyvinuli Prochaska a DiClemente (1982). Vstupními dveřmi do procesu změny je fáze **prekontemplace**. V této chvíli si ještě daná osoba svůj problém neuvědomuje a ani nepřipouští, že by byla změna žádoucí. Ve fázi

prekontemplace ještě nezačal klient o změně ani přemýšlet, nevnímá užívání drog jako svůj problém, který by měl řešit. Dle Kaliny (2008) je typická externalizace problému, klient umísťuje problém do okolního světa, cítí se dobře, drogy si vychutnává a jejich užívání považuje za prospěšné. Je přesvědčený, že má vše pod kontrolou, nebo dokáže své stávající chování sám sobě dobře zracionalizovat. Jakoukoliv změnu považuje za obtížnou a navíc zbytečnou, může mít však určité pochybnosti o svém stávajícím chování a způsobu života.

Druhou fází na „kole změny“ je fáze **kontemplace**, kdy si člověk začne problém uvědomovat, uvažuje o změně a zároveň ji odmítá. Dle Millera a Rollnicka (2003) je tato fáze charakteristická ambivalencí, klient se pohybuje kupředu a nazpátek mezi různými důvody, obhajobami a nevědomostmi, zažívá mnoho obav a vzápětí bezstarostnost, motivaci ke změně stejně jako motivaci k pokračování beze změny. Užívání drog stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. Pozitivní a negativní aspekty změny závislého chování jsou zhruba vyrovnané.

Jak uvádí DiClemente (2003), ve fázi **rozhodování** přijímá klient závazek změnit své stávající chování a rozvíjí plán a strategii pro potřebnou změnu. V této fázi se po určitou dobu otevírá cesta k novým možnostem a cílům. Pokud v této době člověk postoupí směrem k činům, proces změny pokračuje. Pokud ne, člověk se vrací zpět do fáze kontemplace. Ve fázi rozhodnutí se rovnováha vychýlí čas od času směrem ke změně a klient se cítí být k této změně motivován. Klient dává svou zhoršenou situaci a životní ztráty do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlí o potřebě situaci změnit.

Jak uvádí Prochaska a Norcross (1999), je **akce** stadiem, v němž jedinci poměňují své chování, zážitky, ale i prostředí tak, aby své problémy překonali. Akce zahrnuje nejnápadnější změny v chování a vyžaduje značné množství času a energie. Změny problematického chování dosažené ve stadiu akce bývají nejvíce nápadné a dostává se jim největšího uznání od okolí. Lidé, včetně odborníků, často mylně kladou rovnítko mezi akcí a změnu a přehlíží tak nezbytnou práci, která klienty připraví na akci, a důležité úsilí nezbytné k udržení změn i po akci. Charakteristickými rysy akce jsou modifikace cílového chování na přijatelnou míru a značné zjevné úsilí o změnu.

Během **udržovací fáze** je zapotřebí zachovat změnu, které bylo dosaženo ve fázi minulé, a předcházet relapsu. Lidské myšlení je sice naplněno dobrými předsevzetími a chutí změnit se, ale je následováno drobnými nebo většími kroky nazpátek k původnímu stavu. Udržování změny vyžaduje užití jiných dovedností a metod, než bylo třeba pro fázi dosažení změny na počátku. Klient se musí něčeho vzdát a vytrvat v abstinování nebo zmírňování návyku, což vyžaduje velké úsilí a námahu (Kalina, 2008).

Nakonec, pokud nastane **relaps**, je úkolem člověka snažit se pokračovat na kole změny, aby neustrnul v této fázi. Jak uvádí Prochaska a Norcross (1999), je relaps prožíván jako selhání, provázené pocity viny, studu a rozpaků. Tito lidé jsou demoralizováni a odmítají přemýšlet o změně chování. Výsledkem je, že se většinou vrátí do stadia prekontemplace a mohou v něm setrvat různě dlouhou dobu. Uklouznutí a relapsy by měly být chápány jako normální a očekávané události na dlouhé a obtížné cestě, kdy se klient snaží změnit své dlouhodobé návyky a určitý způsob závislého chování.

2.3. Principy a postupy motivačních rozhovorů

Miller a Rollnick (2003) uvádí pět základních principů, na nichž jsou motivační rozhovory postaveny. Prvním z nich je vyjádření empatie. Je to empatický styl terapeutovy práce, kdy se terapeut snaží prostřednictvím reflektivního naslouchání pochopit klientovy pocity a pohled na věc, aniž by jej posuzoval, kritizoval nebo kvůli nim klienta obviňoval. Klíčovým momentem je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho chápání věci.

Druhým principem je rozvíjení rozporů, což znamená uvědomění si rozporu mezi tím, kde se člověk nachází, a tím, kde by chtěl být. Snažit se v klientově mysli pojmenovat, objevit a rozvinout rozpor mezi následky jeho stávajícího chování a významnými životními cíli. Motivační rozhovor vedený tímto směrem promění klientovo vnímání, aniž by se klient cítil být donucen se změnit pod vnějším tlakem. Argumenty pro změnu by měl předkládat sám klient.

Vyhýbání se argumentaci a přímým hádkám, které se považují za kontraproduktivní je dalším účinným principem motivačních rozhovorů. Obviňování klienta z odporu, popírání

a závislosti většinou vede ke zvýšení klientova odporu, místo aby jim pomohla na cestě ke změně. Odpor u klienta je signálem ke změně postupu.

Dalším důležitým principem je otočení (využití) odporu, kdy může být okamžik odporu využit jako výhoda. Klient sám je cenným zdrojem řešení svých problémů, jeho představy se mohou změnit na základě nabídnutých informací a nových možností. Terapeut by měl přistupovat ke klientovi s hlubokým respektem a uznávat váhavost a nerozhodnost klienta jako pochopitelnou součást procesu. Otáčení odporu aktivně vtahuje klienta do procesu řešení potíží.

Posledním principem motivačních rozhovorů je podpora vlastních schopností klienta, jeho sebedůvěry a pojetí sebe sama. Klient sám je zodpovědný za své rozhodnutí pro změnu a její realizaci. Cílem motivačních rozhovorů je zvýšit u klienta vědomí vlastních schopností a možností, aby byl schopen zvládnout překážky a uspět na cestě ke změně (Miller& Rollnick,2003).

DiClemente (2003) uvádí osm základních postupů, které jsou účinné při vedení motivačních rozhovorů. Jeden z prvků, který povzbudí ke změně, je předávání rad. Dobře načasovaná a vyslovená rada doporučující změnu může mít velký vliv na klientovu motivaci. Druhým účinným motivačním postupem je objevení a odstraňování překážek, které stojí v cestě snahám klienta změnit své chování. Většina překážek se týká dostupnosti léčby nebo jiných léčebných postupů, dále může být překážkou genderová problematika, věk klienta, ekonomické důvody nebo etnické a rasové odlišnosti. Dalšími motivačními postupy je nabídka výběru, kdy má klient možnost svobodně se rozhodnout z více možností, a snižování přitažlivosti závislého chování. Pro terapeuta je důležité, aby odhalil klientovy důvody pro pokračování v jeho chování a aktivně hledal možnosti, jak zrušit danou rovnováhu ceny a prospěchu stávajícího stavu a změněného chování. Při motivačních rozhovorech by měl terapeut uplatnit empatii a poskytovat klientovi jasnou zpětnou vazbu o jeho současné situaci, jejích následcích a nebezpečích, které přináší. Dalším motivačním postupem je vyjasňování cílů, které by měly být pro daného člověka dosažitelné a realistické. Posledním základním kamenem motivace je aktivní pomoc ze strany terapeuta, který se aktivně a přesvědčivě zajímá o změny probíhající u klienta a pomáhá mu posílit jeho vlastní odpovědnost.

Těmito postupy je možné zvýšit klientovu motivaci ke změně. Pro účinný postup motivačních rozhovorů je typické, že se skládá z kombinace několika strategií. Pro rychlou intervenci jsou aktivními složkami motivačních rozhovorů prvky, známé pod akronymem FRAMES (v angličtině Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy): zpětná vazba, odpovědnost, rada, nabídka, empatie a důvěra ve vlastní schopnosti (Kalina, 2008).

2.4. Klient v jednotlivých fázích kola změny a úkoly terapeuta

Při práci s klienty adiktologických služeb je důležité se zorientovat, jak na tom klient je, na jakém místě kola změny se právě nachází, aby bylo možné poskytnout adekvátní pomoc. Všechny úvahy o motivaci by měly být propojeny s jednotlivými fázemi změny a postupy motivačních rozhovorů by měly odpovídat tomuto modelu změny.

DiClemente (2003) považuje za typické pro fázi prekontemplace tyto důvody: váhavost, rebelství, rezignace a racionalizace. Váhavci jsou ti, kteří buď nemají dost znalostí o situaci, anebo z pouhé setrvačnosti nechtějí o změně přemýšlet, nemají takový odpor ke změně, ale spíše váhají. Těmto lidem pomohou dobře a citlivě formulované zpětné vazby a někdy delší čas pro nastoupení ke změně. Rebelové vkládají do svého chování mnoho energie a investují do vlastních rozhodnutí. Mají odpor k tomu, aby jim někdo radil a určoval, co mají dělat. Rebelie může být znakem opožděné adolescence nebo odraz nejistoty a strachu. Těmto klientům je dobré nabídnout a ponechat možnost si vybrat, přeměnit jejich energii, zacílenou na jejich způsob života, na sílu namířenou k motivaci. Nedostatkem energie naopak trpí lidé rezignovaní, u těch je potřeba probudit jiskru naděje, kterou postrádají, aby začali o změně uvažovat. U klientů, kteří své problémy racionalizují, nejlépe působí empatie a reflektivní naslouchání, zvláště dvojité reflexe.

Klient ve fázi „před uvažováním“ potřebuje dostat informace a zpětnou vazbu, aby si uvědomil své potíže a možnost věci změnit. Poskytování předpisů a rad může být v této fázi kontraproduktivní (Prochaska&Norcross, 1999).

Ve fázi kontemplace je klient otevřen informacím a srovnávání pro a proti. Motivační rozhovory v této fázi jsou velmi potřebné pro posun klienta do fáze rozhodnutí. Pro posunutí rovnováhy rozhodování směrem ke změně jsou účinnější viditelné a hmatatelné důkazy o škodlivosti závislého chování, než strašení, poučování a pobízení. Klade se důraz

na pozitivní aspekty, na projasnění cílů a odstranění překážek. Úkolem terapeuta v této chvíli je pomoci udržovat rovnováhu nastavenou směrem ke změně, zvláště užitečné je použití motivačních rozhovorů, kdy terapeut posiluje klientovu sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokouší se zdůraznit rozpor a klienta motivovat k drobným změnám (Miller & Rollnick, 2003).

Fáze rozhodování je provázena snahou nastoupit na cestu k pozitivní změně a učinit správné kroky k zastavení problémového chování. Pro klienta v rozhodovací fázi je užitečné zaměřit se na detaily akčního plánu, naučit se vhodné dovednosti, jak zvládat případné obtíže a překážky, objevit v sobě vlastní nápady a možná řešení. Terapeut by se měl v této fázi snažit najít konkrétní postup pro klienta tak, aby byl přijatelný, dostupný, správný a efektivní. Je zde velmi vhodné použít odpovídající metody motivačních rozhovorů (DiClemente, 2003).

Důležitým úkolem terapeuta ve fázi akce je podporovat klientovu víru v sebe sama. Zaměřit se na úspěšné kroky, potvrdit jeho rozhodnutí, pobízet ho po prvních úspěšných pokusech o vybudování nového vzorce chování.

V dalších fázích kola změny, tedy ve fázi udržování a relapsu považuje Miller a Rollnick (2003) za důležité ukázat klientovi, jak se poučit z opakujících se situací, odhalit slabá místa v závazku, zvládání nebo stresu, který pochází z vnějšího prostředí a ohrožuje úspěch změny. V těchto fázích jsou velmi důležitými prvky pátrání, informace, zpětná vazba a empatie. V motivačních rozhovorech je hlavním účelem prevence relapsu a podpora klientů při přetváření svého cíle. Pokud dojde k relapsu, měl by terapeut pomoci klientovi znovu uvažovat o změně, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci a udržovat její výsledky, aby u klienta nedošlo ke ztrátě odvahy a demoralizaci.

2.5. Přístup terapeuta při budování motivace

Při budování motivace ke změně je důležitý přístup terapeuta v počáteční fázi terapie, kdy je klient nerozhodný a nachází se v období před uvažováním nebo uvažuje o možné změně. Jak uvádí Miller a Rollnick (2003), terapeut by se měl v počátečních fázích motivačních rozhovorů vyvarovat rozličných nástrah a pastí, jež rychle ohrozí postup

klienta na kole změny. Jednou z pastí je past otázek a odpovědí, kdy poradce klade řadu otázek a klient krátce odpovídá. Při tomto stereotypu není dána klientovi možnost objevit a vyslovit sebemotivující postoj. Další pastí je past konfrontace a popírání, kdy terapeut zastupuje jednu stranu, přebírá odpovědnost za problém a změnu a klient je nucen bránit druhou pozici a dochází ke konfrontaci. V pasti zvané „expert“ poradce může dělat dojem člověka, který zná odpověď na každou otázku, nabízí sám řešení pro klienta a ten je v postavení pasivního příjemce expertových rad. Poradci a klienti mohou také snadno spadnout do pasti nálepkování, kdy se terapeuti domnívají, že je důležité, aby člověk přijal nálepkou, kterou pro něj terapeut připravil. Když se poradce zaměří na jiné téma než klient, může to u něj vyvolat odpor a odradit od dalších kroků k pozitivní změně. Jedná se o past předčasného zaměření, kdy poradce se příliš rychle zaměří na téma závislosti, zatímco klient by rád mluvil o svých obavách v širších souvislostech. Poslední pastí je past obviňování, kde jsou přítomny klientovy obavy z obviňování a je zapotřebí tuto situaci zvládnout reflektováním a přerámováním těchto obav a jasným vysvětlením účelu terapie.

V počáteční fázi terapie je důležité dodržet pět postupů budování motivace ke změně. Je to používání otevřených otázek, reflektivní naslouchání, potvrzování, shrnování a vyvolání sebemotivujícího prohlášení, které mají svůj význam nejen v prvních fázích, ale během celé terapie. Ambivalence nezmizí většinou úplně, ale zmenšuje se a připomínání sebemotivujících prohlášení je stálou připomínkou závazku ke změně (Miller&Rollnick, 2003).

2.6. Práce s ambivalencí

Klíčovým momentem motivačních rozhovorů je práce s ambivalencí. Jak uvádí Miller a Rollnick (2003), je ambivalence běžnou a normální součástí mnoha psychologických problémů a v případě závislosti je tím nejzákladnějším. Než posuzovat klienta jako málo motivovaného je spíše výzvou pro terapii otázka, jak motivaci klienta posílit. Důležité je objevit pro každého klienta individuální a zcela specifické součásti konfliktu. Při práci s nerozhodností je třeba se sladit s pocity, hodnotami a vírou klienta a motivačními rozhovory podpořit klientovu připravenost změnit se a pokusit se různými způsoby a kroky této změny dosáhnout.

Shaller a Cialdini (1990) přikládají významnou úlohu v procesu rozhodování emocionálnímu stavu a úrovni nálady klienta. Díky střídání emocí od povznesené nálady k pocitům beznaděje se rovněž dramaticky mění připravenost a odhodlanost ke změně. Na stav klientovy nálady má vliv velké množství vnějších i vnitřních faktorů a úkolem terapeuta je podpořit klienta v jeho odhodlání změnit se a doprovázet ho na této cestě s přirozenou empatií, vřelostí a opravdovostí.

2.7. Práce s odporem klienta

Cílem motivačních rozhovorů je vyhnout se vyvolání či posílení odporu. Čím větší je klientův odpor, tím menší je naděje, že dojde ke změně. Míra odporu ke změně je u klienta významně určována stylem terapeutovy práce. Podle modelu kola změny Prochasky a DiClementa může znamenat objevení se odporu, že terapeut používá techniky a metody nevhodné pro klienta v dané fázi změny. Projevy odporu jsou v terapii a poradenství běžným jevem, ale pokud odpor přetrvává nebo se posiluje a stává se vzorcem klientova chování během celého průběhu léčby, je to problém a záleží na postoji a přístupu terapeuta, jak bude na klientův odpor reagovat a jaké postupy motivačních rozhovorů použije (Miller&Rollnick,2003).

Dle DiClementa (2003) patří do významných postupů zacházení s odporem jednoduchá, posílená a dvojitá reflexe, přesunutí pozornosti, souhlas a odklon, přerámování, terapeutický paradox a zdůrazňování významu osobního rozhodnutí a kontroly. Pokud terapeut dokáže ocenit odpor jako příležitost a dokáže s ním zacházet, potom je klíčem k pozitivní změně klienta.

Práce s motivací je obtížná, pokud se jedná o klienta, který byl k léčbě přinucen, například soudem, zákonem či pod hrozbou ztráty zaměstnání. Za takových okolností vyžaduje používání motivačních rozhovorů jiný přístup terapeuta a výrazný posun ve směru a tónu, jakým je rozhovor veden. Klientovi by měla zůstat svoboda v rozhodování a osobní zodpovědnost, terapeut by se měl vyhnout konfrontaci a přesvědčování klienta, že má opravdu problém a potřebuje se změnit (Miller&Rollnick, 2003).

2.8. Rozdíly mezi motivačními rozhovory a jinými styly

Hlavním rozdíl mezi motivačními rozhovory a jinými styly používanými v léčbě závislosti spočívá v přístupu terapeuta ke klientovi a stylu jeho práce. Při motivačních rozhovorech se terapeut snaží pohlížet na klienta s přirozenou empatií, vřelostí bez vlastnických tendencí a opravdovostí, vyvaruje se nálepkování a škatulkování klientů. Tradiční léčebné postupy založené na předpokladu konfrontace a popírání zdůrazňují patologii osobnosti a motivaci považují za určitý rys osobnosti, což zmenšuje schopnost osobního rozhodování, úsudku a kontroly u klienta. Tyto přístupy vnímají odpor jako jev vyžadující konfrontaci na rozdíl od motivačních rozhovorů, kde se s odporem pracuje pomocí reflexe, přerámování, přesunutí pozornosti atd. (Miller&Rollnick,1991).

Cíle léčby směrem ke změně jsou u tradičních postupů předepisovány klientovi terapeutem, klient je viděn jako ten „v odporu“ a neschopný činit vlastní rozhodnutí. Principy motivačních rozhovorů jsou založeny na zdůrazňování osobní zodpovědnosti klienta a víry ve vlastní schopnosti klienta, který sám objevuje překážky a cíle na cestě ke změně. Miller a Rollnick (2003) považují principy uplatňované v motivačních rozhovorech za spíše přesvědčovací než donucovací, více podporující než argumentační. Terapeut se snaží vytvořit pozitivní atmosféru, která vede ke změně a umožňuje klientovi aktivní přijetí cílů a navýšení jeho vnitřní motivace.

Při porovnávání motivačních rozhovorů s kognitivně-behaviorálními směry jsou patrné rozdíly především v postupech při práci se závislým klientem. Kognitivně-behaviorální výcvik dovedností předpokládá, že je klient již motivován ke změně. Kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje metody značně předepisující, nabízející určité směry, instrukce a úkoly na rozdíl od principů motivačních rozhovorů, které se snaží vybudovat motivaci ke změně a získat od klienta jeho vlastní návrhy a postupy. Motivační rozhovory se liší také od jiných nedirektivních (např. existenciálních) směrů, kde je empatická reflexe používána záměrně, aby posílila určité procesy, a kde je dovoleno klientovi, aby rozhodoval o obsahu a směru terapie (Miller&Rollnick, 2003).

2.9. Motivace u klientů s poruchou příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Poruchy příjmu potravy zahrnují dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Dle Krcha (1999) jsou si mentální anorexie a bulimie přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a kontrole váhy. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Mentální bulimie je porucha příjmu potravy s opakujícími záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost, kdy u mentální anorexie je tělesná hmotnost udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní.

Jak uvádí Krch (1999), klientky s poruchou příjmu potravy si odmítají přiznat nemoc, odmítají pomoc a popírají tělesné i psychické obtíže, což vede k vyhýbání se léčbě. Při léčbě, není-li pacientka dostatečně motivována, pak vznikají problémy s vytvořením terapeutického vztahu, pracovní spolupráce, dodržováním plánovaných setkání a terapeutického plánu s jeho jednotlivými úkoly. Časté série „krátkých terapií“ s velkým počtem relapsů a častá přerušení léčby vedou k dalším problémům s trváním terapie. Klientky s poruchami příjmu potravy jsou ambivalentní k ideálu štíhlosti a ochranné funkci zvracení. Odpor a popření souvisí s vědomou a účinnou snahou zachovat si dosaženou velmi ceněnou hodnotu: štíhlost, kontrolu nad jídlem, morální čistotu či převahu nad ostatními (především cvičením a restrikcí příjmu potravy). Málokdy ochotně vyhledají léčbu, a když tak učiní, chtějí pomoci spíše od nutkavých myšlenek na jídlo, deprese a úzkosti, než od nízké váhy samotné. Někdy vyvolávají i u odborníků silné reakce, které vyžadují více sebekontroly, sebereflexe, podobně jako léčba závislosti.

Dle Papežové (2003) mohou terapeuti vnímat pacientku jako popírající, podvádějící, racionalizující za účelem uchovat si symptomy. Ve strachu z přibrání na váze, pacientka popírá specifické chování, jako jsou dietní rituály a užívání laxativ a není schopna reálně posoudit či připustit, že je příliš štíhlá. Jakoby necítila hlad ani únavu. Popření je pak

příčinou neúspěšnosti intervence a porušování terapie a spolupráce. Hluboce ambivalentní pacientky se současnou váhou manipulují, aktivně podřývají terapii, zacházejí s jídlem potajmu a snaží se odvrátit pozornost odborníků od svého tělesného stavu. Spolupráce může být jen zdánlivá, pacientky si uchovávají tajemství, že věci jsou jinak, než se povídá a naučí se sdělovat to, co je od nich očekáváno. V závěru léčby vystupují do popředí témata sebekoncepcce, překonání negativních zážitků a přiměřené aktivace nemocné. V této fázi se psychoterapie už může orientovat i na širší psychologický a sociální kontext problému. Vhodné je znovu připomenout zisky spojené s dietami a vědomím choroby a negativní myšlenky, bránící přiměřenému zvládnutí problémů s jídlem. Rozhodně je třeba se vymanit z černo-bílých hranic interpretace problému a hledat různé alternativy. Nezbytnou podmínkou je kvalitní terapeutický vztah, pracující s motivací dívky. Navázat takový vztah je ale často největší překážkou, zvláště u dívek, které jsou k léčbě dotlačeny okolím a samy stále zůstávají bez potřebného náhledu a potřebné motivace. V průběhu terapie je proto třeba nemocnou dívku neustále motivovat, stavět před ní přiměřené dílčí cíle, pohybovat se na věcné, dívce srozumitelné rovině, kde se pracuje s aktuálními problémy a pocity.

2.10. Problém duální diagnózy v adiktologických službách

Jak uvádí Kalina (2003), představují klienti s duálními diagnózami určité komplikace v léčbě, hlavně co se týká možností svého zapojení do programu a schopnosti profitovat z něj. Komorbidní onemocnění a poruchy jsou častým zdrojem rizikových situací, jež mohou vést k relapsům či jiným komplikacím. Při nedodržení abstinence od návykových látek jsou zde výraznější komplikace, např. s diagnostikou, horší spolupráce včetně špatné lékové compliance, kontraindikovanost některých psychofarmak atd. U klientů s duální diagnózou jsou kladeny větší nároky a zátěž na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění a zvládat příslušné komplikace.

Dle Nešpora (2003b) představuje problém připravenost a vybavenost konkrétních léčebných zařízení ve vztahu k této klientele. Léčba může být následná, souběžná nebo integrovaná, neboli „léčba s dvojím ohniskem“. Tento typ léčby zvyšuje odolnost klientů, přináší jim větší prospěch a je také ekonomičtější. V ČR dosud neexistuje specializované pracoviště, které by poskytovalo integrovanou léčbu klientům s duální diagnózou, proto je

obtížné tyto klienty vůbec někam umístit, natož jim poskytnout efektivní a komplexní odbornou pomoc.

3. CÍLE

Cílem práce je zkoumat průběh budování motivace klientky k léčbě závislosti na psychoaktivních látkách a léčbě poruchy příjmu potravy během jejího pobytu na oddělení závislostí psychiatrické léčebny.

Dalším cílem je zjistit, jaké metody, postupy a intervence byly nejvíce účinné na cestě ke změně závislého chování, tzn. poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a poruchy příjmu potravy, z pohledu terapeuta a z pohledu samotné klientky.

4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této práci jsem si stanovila tyto dvě výzkumné otázky:

1. Jak se u klientky vyvíjela motivace k léčbě závislosti na psychoaktivních látkách a léčbě poruchy příjmu potravy během jejího pobytu na oddělení závislostí psychiatrické léčebny?
2. Jaké metody, postupy a intervence měly největší vliv na budování motivace ke změně závislého chování, tzn. poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a poruchy příjmu potravy, z pohledu terapeuta a z pohledu klientky samotné?

5. METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT

Základními metodami kvalitativního sběru dat v této práci jsou pozorování a polostrukturované a narativní interview. Jak uvádí Hendl (2005), při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován standardizovanými otázkami, ale je povzbuzován ke zcela reálnému vyprávění. V případě narativního rozhovoru určujeme předmět vyprávění a zároveň se hledá subjekt, u něhož je jistota, že bude schopen vyprávět. Vlastní narativní rozhovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky. Hlavní význam narativního rozhovoru spočívá ve vyprávění vlastního příběhu od začátku až do konce nebo v líčení vývojových procesů.

Narativní rozhovor byl použit během počátečních fází vývoje motivace, tedy v období prekontemplace a kontemplace, ke zjištění průběhu vývoje závislosti na psychoaktivních látkách a průběhu vývoje poruchy příjmu potravy pod obrazem mentální bulimie a k vyličení zážitků z dětství a období dospívání klientky, které mohly mít vliv na rozvoj závislosti a rozvoj bulimie.

Dle Miovského (2006) dokáže polostrukturované interview řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview, a proto je také nejvíce rozšířenou podobou interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné, a které specifikuje okruhy otázek, na které se bude ptát. Během interview používá tazatel následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníkem. Ověří si tak, zda věc správně pochopil a interpretoval, klade různé doplňující otázky. U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview, minimum témat a otázek, které musíme probrat, a na toto jádro se nabaluje množství dalších témat a otázek, které mohou přinést mnoho kontextuálně vázaných informací, a mohou tak pomoci lépe uchopit problém, který nás zajímá.

Jádrem polostrukturovaného interview byly tyto okruhy témat a otázek:

- a) uznávané hodnoty klientky
- b) její aktuální potřeby

- c) očekávání klientky od léčby
- d) rozpoznání odporu k léčbě
- e) analýza zisků a ztrát, které jsou důsledkem stávajícího chování klientky
- f) vyjasňování životních cílů klientky
- g) úroveň sebehodnocení a důvěry ve vlastní schopnosti klientky
- h) připravenost ke změně stávajícího chování
- i) pohledy a plány do budoucna
- j) vlastní plán změny stávajícího chování

Další metodou získávání dat byly **dokumenty**:

- a) záznamy z dekursu klientky
- b) sesterské, lékařské a psychologické záznamy
- c) lékařské epikrízy
- d) soukromé dokumenty klientky (záznamy v deníku pacientky, vypracované elaboráty na zadaná témata)

Ke zpracování dat kvalitativní případové studie byla použita metoda analýzy dat případové studie orientovaná na případ. Hendl (2005) pokládá analýzu orientovanou na případ za celistvou entitu, která hledá konfigurace, asociace, příčiny a následky uvnitř případu, případně provádí komparaci mezi několika málo případy. Je tedy orientovaná na proces. Holistická analýza neusiluje o rozbití nashromážděných dat na jednotlivé části, ale hledá závěry posouzením celku. Výzkumník se tak snaží dát smysl nashromážděným údajům z případové studie.

6. ANAMNÉZY KLIENTKY

Výzkumným souborem této práce je klientka, která nastoupila do střednědobé ústavní léčby v psychiatrické léčebně v říjnu 2011. Vybrala jsem sedmnáctiletou dívku s duální diagnózou syndromu závislosti na stimulanciích a poruchou příjmu potravy, probíhající pod obrazem mentální bulimie. Problém duální diagnózy u mladých dívek, které nastupují k ústavní léčbě, je velmi častý a bylo by obtížné najít klientku závislou na stimulanciích bez další psychiatrické diagnózy. Vybrala jsem nezletilou klientku, která nastoupila k léčbě nedobrovolně po suicidálním pokusu, na základě písemného souhlasu její matky. K léčbě nebyla vnitřně motivována, byl zde pouze tlak vnějších okolností ze strany matky a nutnost hospitalizace z důvodu suicidálních tendencí a tedy nebezpečí sebeohrožení klientky. Popisem výzkumného souboru je anamnéza klientky, sestavená na základě anamnestického dotazníku odvozeného z ASI.

6.1. Osobní anamnéza

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA: Porod spontánní, běžné dětské nemoci, v 10 letech úraz na kole s otřesem mozku a frakturou pravého zápěstí, ve 12 letech hospitalizována pro akutní střevní onemocnění s dehydratací, v 15 letech apendektomie.

Test na hepatitidy a HIV podstoupila v KC Sananim v září 2011, byl orientačně negativní.

Současné zdravotní potíže – problémy s příjmem potravy (mentální bulimie), občasné stavy slabosti, vertigo, hypotenze, potíže se spánkem.

PSYCHICKÁ ANAMNÉZA: Dosavadní kontakty s psychiatrií – pouze ambulantně PA MUDr. Kutílek – od r. 2010 - po suicidálním pokusu, dochází nepravidelně, nyní půl roku bez kontaktu PA.

Kontakty s psychologem – v 13 letech při rozvodu rodičů – dětský psycholog.

Suicidální tendence od 14 let – sebepoškozování – opakovaně. V 16 letech (srpen 2010) – suicidální pokus po rozchodu s přítelem, ale hospitalizována nebyla, pouze demonstrativní charakter, nechtěla si ublížit. Poté navštěvovala psychiatra, užívala antidepresiva, po půl

roce sama vysadila. V říjnu 2011 suicidální pokus, nechtěla už žít, podřezala si žíly na zápěstích, matka ji našla, zavolala záchrannou službu.

SEXUÁLNÍ ŽIVOT : první pohlavní styk ve 14 letech, od 15 do 16 let měla přítele, po rozchodu více sexuálních partnerů, nyní půl roku žije s přítelem – abuser pervitinu. Heterosexuální orientace. Miniinterrupce 1x – v r. 2009. Antikoncepci neužívá.

6.2. Sociální anamnéza

VZDĚLÁNÍ: Na základní škole dobrý prospěch, střední škola ekonomická – nedokončila, časté absence, záškoláctví, druhý ročník opakovala, do třetího ročníku nenastoupila, nyní přerušeno studium.

ZÁLIBY: Od dětství ráda malovala, navštěvovala ZUŠ pět let. Sporty: lehká atletika do 15let. Nyní žádný sport neprovozuje, ze zájmů aktuálně pouze internet, zábava na tanečních akcích, hudba.

FINANČNÍ SITUACE: Rodiče ji finančně podporují, nyní ji půl roku živí přítel. Dluhy nemá, možná jen na DP za pokuty na jízdném.

BYDLENÍ: Bydlela s matkou a dvěma nevlastními bratry v rodinném domku poblíž Prahy. Nyní bydlí půl roku s přítelem v panelovém domě na sídlišti v bytě 2+1.

PRÁVNÍ PROBLÉMY, ABSOLVOVANÉ TRESTY: Trestně stíhána nebyla.

DŮLEŽITÉ OSOBY V ŽIVOTĚ KLIENTKY: Rodiče se rozvedli, když jí bylo 13 let, matka si našla nového přítele, znovu se provdala, má dva nevlastní bratry (1 a 3 roky). S matkou vychází vcelku dobře, jen posledních pár měsíců se nestýkali, nepohodli se. Matka chce, aby se šla léčit, má v ní v tomhle směru oporu. Matka nesouhlasí s jejím současným přítelem, nabízí ji, aby se vrátila zpátky domů. S otcem se stýká velmi málo, první rok po rozvodu si ji bral často, potom začal hodně pít, léčil se, ale léčbu nedokončil. Je s ním v kontaktu, ale jejich vztah není dobrý, vlastně ani neví, jestli pracuje a kde bydlí. Současný přítel klientky si nepřeje, aby se léčila, je starší, je mu 35let (dlouholetý abuser pervitinu a THC). Má ji rád, jen občas se chová podivně, nutí ji k věcem, které se jí nelíbí, občas ji ubližuje, ale ona ho k tomu většinou vyprovokuje. Má ještě pár přátel ze školy, ale s nimi se v současné době nestýká.

6.3. Drogová kariéra

HLAVNÍ DROGA: Nyní asi rok a půl užívá pervitin, ze začátku sniffing, poslední půl rok nitrožilně, asi 1g denně. Pervitin si poprvé dala s přítelem, se kterým udržovala intimní styk. Po prvních dávkách se cítila uvolněně a bez zábran, nepotřebovala spát a jíst, všechno zvládala, byla nabuzená a veselá. Nitrožilně začala užívat pervitin s nynějším přítelem, ze začátku se bála, ale on ji ho nejdříve aplikoval sám, později se to naučila sama. Injekční materiál sdílela občas s přítelem, potom ale měla strach ze žloutenky, nechala se vyšetřit od terénních pracovníků, dopadlo to dobře. Nyní si vyměňuje injekční materiál v terénu, bojí se nákazy a abscesů.

Pervitin ji pomáhá při snižování hmotnosti, za rok shodila asi 18kg. Bez pervitinu má pocity smutku a beznaděje, když si vezme dávku, na všechno nepříjemné zapomene a svět se jí zdá barevnější a krásnější. S drogou všechno zvládá mnohem lépe. Poslední dobou (asi čtyři měsíce) má pocity pronásledování, zrakové halucinace, pocity úzkosti a problémy se spaním. Někdy se cítí tak beznadějně, že už nechce žít a má neodbytné myšlenky na sebevraždu. Chtěla by přestat nebo alespoň snížit dávky, ale necítí se potom dobře a sama to nezvládá. Bez drog si ani život neumí představit.

OSTATNÍ DROGY: Od 14 let příležitostně THC, od 15 let pravidelně denně. Pomáhalo jí to na deprese, ale měla větší chuť k jídlu a přibírala na váze. Nyní užívá THC nepravidelně, několikrát do týdne, když má pocity smutku a cítí se stísněně, THC ji pomáhá se uvolnit a navodit dobrou náladu, když je na „dojezdu“ po pervitinu.

Od 15 let kombinovala THC s alkoholem, pila víno a destiláty, ale ne denně, pouze příležitostně na různých akcích. Udává, že s alkoholem problémy nemá, nepotřebuje pít, nic ji to nedává. Zkoušela ještě LSD a lysohlávky, ale pouze několikrát při tanečních akcích a na zábavách, celkem to bylo asi pětkrát, po užití halucinogenů měla spíše nepříjemné pocity.

Finanční prostředky na drogy získávala od rodičů a prarodičů. Nyní ji pervitin obstarává přítel, má kontakty i finance, pracuje ve skladu a občas někomu prodá pervitin, ale jenom kamarádům, neobchoduje s tím.

6.4. Obtíže a problémy spojené s užíváním drog

PSYCHICKÉ OBTÍŽE: Od 14 let stavy úzkosti, deprese, sebepoškozování, suicidální tendence, které se zhoršovaly v období, kdy užívala pravidelně THC. V tomto období také první projevy poruchy příjmu potravy, přejídání, zvracení (mentální bulimie). Od 16 let, kdy začala užívat pervitin, se poprvé objevovaly perzekuční bludy, halucinace, stavy úzkosti a strachu. Tyto stavy vyvrcholily suicidálním pokusem v srpnu 2010. Poté v péči ambulantního psychiatra, kam docházela do března 2011. Na psychiatrii dosud hospitalizována nebyla. V říjnu 2011 po hádce s přítelem utekla k matce a snažila se podřezat si žíly, silné perzekuční bludy a halucinace, nechtěla žít. Matka ji našla a zavolala RZS.

TĚLESNÉ OBTÍŽE: Žádné závažné tělesné obtíže spojené s užíváním drog neuvádí. Pouze jednou měla absces na pravé horní končetině, vyhledala ošetření v KC Sananim, kam docházela asi 14 dní. Podstoupila zde orientační testy na hepatitidy, TBC, HIV a syphilis – orientačně negativní (září 2011).

JINÉ PROBLÉMY spojené s užíváním drog : studijní problémy (v září přerušeno studium na SEŠ), ztráta přátel a rodinného zázemí (časté konflikty, útoky z domova, neplnění povinností, atd.)

6.5. Léčby a abstinční pokusy

Pouze ambulantní psychiatrická léčba stavů úzkostí a deprese (srpen 2010- březen 2011), léčbu závislosti dosud nepodstoupila. Pokusy o abstinenci pouze pár dnů, maximálně týden, necítila se při abstinenci psychicky dobře, k droze se vždy vrátila zpátky.

6.6. Rodina

ZÁKLADNÍ ÚDAJE: matka 40 let – mzdová účetní, nyní na MD, zdravotní stav dobrý

otec 45 let – nyní na úřadu práce, zdravotní stav neuspokojivý

sourozenci – nevlastní bratři-1 a 3 roky – zdravotní stav dobrý

RODINNÁ ANAMNÉZA: babička ze strany matky zemřela v 60 letech na IM, dědeček ze strany otce spáchal sebevraždu v 55 letech;

závislosti a duševní onemocnění v rodině – dědeček – alkoholik, nikdy se neléčil, dlouhodobě deprese, dokonané suicidium, jiná duševní onemocnění v rodině neguje

Otec – léčil se v roce 2009 pro závislost na alkoholu, léčbu nedokončil, hraje hazardní hry, nyní nejsou v kontaktu

CHARAKTERISTIKA RODINNÉHO PROSTŘEDÍ: rodinné vztahy nyní narušené posledních pár měsíců, ale s matkou komunikuje a cítí podporu z její strany; rodiče se rozvedli, když bylo klientce 13 let, dále viz sociální anamnéza

ÚDAJE OD RODIČŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ: Matka – přivedla klientku do léčby, podepsala za ni souhlas s hospitalizací, nemohla již déle snášet, jak se její dcera chová a jak žije. Byly s ní vždy problémy, těžko se vyrovnávala s rozvodem a s jejím novým partnerem nikdy nevycházela. Před půl rokem se odstěhovala ke staršímu příteli a všechno se ještě zhoršilo. Přestali spolu komunikovat a navštěvovat se. On má na ni špatný vliv, stahuje ji na dno. Matka je přesvědčena, že prodává drogy. Chtěla by, aby se dcera z toho dostala a léčila se.

7. SITUACE VÝCHOZÍHO BODU

Klientka byla přivezena na centrální příjem PL z chirurgické ambulance FN po ošetření řezných ran na zápěstí po suicidálním pokusu. Z důvodu nezletilosti klientky, podepsala souhlas s hospitalizací její matka, která byla při příjmu klientky přítomna. Klientka Rosalie byla pod vlivem psychoaktivních látek, stimulancií a THC. Test na alkohol byl negativní. Při příjmu byly přítomny psychotické projevy (perzekuční bludy, zrakové a sluchové halucinace), projevy verbální agresivity a suicidální tendence. Vzhled klientky mírně zanedbaný, na těle četné hematomy a známky nitrožilní aplikace drog na horních i dolních končetinách. Habitus astenický, BMI 14,8kg/m², známky dehydratace a malnutrice.

Klientka Rosalie odmítala hospitalizaci, vyhrožovala sebevraždnými úmysly, verbálně agresivní, výrazné známky neklidu a zhoršené orientace v čase a prostoru. Zrychlené psychomotorické tempo. Po příchodu na oddělení bylo nutné klientku omezit v lůžku a podat tlumící medikaci na neklid a projevy agrese vůči sobě a okolí. Druhý den hospitalizace byla nasazena pro dehydrataci, rozvrat vnitřního prostředí a hypokalémii infuzní terapie. Nutný zvýšený dohled na chování (projevy agrese, suicidální tendence, psychotické projevy) a somatický stav klientky.

Klientka byla při přijetí na detoxikační část oddělení bez náhledu na svou stávající situaci. Její postoj k léčbě a změně závislého chování byl odmítavý. Nebyla schopna svou situaci posoudit a orientovat se v problému ve stavu doznívající intoxikace pervitinem a THC s probíhajícími psychotickými projevy.

Hlavní diagnóza:

F19.5 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek - Psychotická porucha

Vedlejší diagnózy:

F50.2 Poruchy přijímání potravy – Mentální bulimie

F60.3 Specifické poruchy osobnosti – Emočně nestabilní porucha osobnosti

Sekundární hypokalémie, anémie, trombocytopenie, st. p. tentamen suicidii

8. DALŠÍ VÝVOJ A PRŮBĚH PŘÍPADU, LÉČEBNÉ INTERVENCE, MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

8.1. Období detoxikace – fáze prekontemplace

V průběhu detoxikace je narušena klientova schopnost poznávat, charakteristické poruchy poznávacích schopností mají vliv na možnosti učení a na sebekontrolu. Někteří odborníci doporučují, aby intervence, a to zejména ty, které zahrnují komplexní poznávání, byly odloženy až po dokončení detoxikace. Na druhé straně zažívá klient v tomto období velmi nepříjemné pocity, což by mohl být naléhavý popud ke změně. Pro některé klienty může být období detoxikace zvláště dobrá doba pro vybudování motivace a závazku. Motivace potřebuje v tomto období při zažívaných nepříjemnostech, které detoxikace přináší, dostatek impulsů (Miller&Rollnick).

Na začátku hospitalizace se klientka nacházela v neuspokojivém zdravotním stavu, objevil se u ní mírný rozvrat vnitřního prostředí, dehydratace a celková tělesná slabost v důsledku bulimie a užívání stimulantů, což bylo nutné řešit infuzní terapií podávanou po dobu šesti dnů.

Klientka Rosalie prožívala v období detoxikace, které trvalo deset dní, mnoho těchto nepříjemných pocitů spojených s psychotickými projevy a projevy agresivity vůči sobě i okolí. Měla výrazné suicidální tendence a pocity úzkosti a smutku. V popředí stála bludná produkce s pocity pronásledování a především zrakové a sluchové halucinace. Pomocí medikace (antipsychotika) byla klientka zklidněna a psychotické projevy se neobjevovaly již tak často.

R: „...Mám hlasy, pořád se mi vrací, říkají mi ošklivé věci, nutí mě se schovat pod postel nebo do kouta... vidím matku, jak mi nadává, pak zase přítele, směje se mi, že jsem tlustá a ošklivá...nechci nic slyšet a vidět, nejraději bych utekla nebo skočila z okna, když mám ty hlasy...“

Během desetidenní detoxikace probíhaly krátké pohovory s ošetřující lékařkou. Tyto pohovory probíhaly každý den a dle aktuální potřeby klientky i častěji a byl při nich zjišťován aktuální zdravotní a psychický stav klientky, přítomnost suicidálních tendencí a psychotických prožitků, byly poskytovány jasné a srozumitelné rady a doporučení k abstinenci, k dostatečnému příjmu potravy a zastavení purgativních projevů. Dále byly pohovory zaměřeny na vyjasnění okolností, které přivedly klientku do léčby, na zjištění vzorce užívání psychoaktivních látek, úrovně motivace k léčbě a rozpoznání odporu klientky.

R: „No, teď si dávám perník každý den, tak jeden dva gramy. Jehly mám svoje. Dávám si pozor, bojím se nákazy a těch abscesů, co jsem měla...tak půl roku si to dávám do žíly, je to síla...trávu kouřím obden, někdy i míň...nevím, proč se mě na to ptáte. Stejně s tím nepřestanu...“

Klientce byla poskytována zpětná vazba ze strany ošetřující lékařky ve formě vyhodnocení stávající situace klientky ohledně somatického a psychického stavu (výsledky laboratorních krevních testů, výsledky sonografického vyšetření břicha a neurologického konsilia, hodnoty fyziologických funkcí, změny tělesné hmotnosti, zhodnocení psychotických projevů, atd.). Možnost spolupráce klientky byla v době detoxikace značně omezena narušením kognitivních funkcí v důsledku probíhající toxické psychózy vyvolané užíváním psychoaktivních látek.

Rosalie nepovažovala své chování za problémové, neuvědomovala si rizika a nebezpečí, které s sebou užívání drog a porucha příjmu potravy přináší. Byl u ní výrazný odpor k léčbě závislosti a přidružené poruchy příjmu potravy. K léčbě se cítila přinucena matkou a na začátku detoxikace nebyla schopna náhledu a rozeznání svého problému. Dle těchto zjištěných skutečností se Rosalie nacházela ve fázi prekontemplace, tedy ve fázi před uvažováním, kdy si klientka svůj problém neuvědomuje a ani nepřipouští.

R: „...Nevím, proč tady jsem. Já nemám žádný problém. Chci domů. Tady je to jak ve vězení, zblázním se tu. Venku mi bylo dobře. Tady se to nedá vydržet. Chci odsud...“

Rosalie trpěla nedostatkem energie a necítila žádnou naději a chuť do života, jakoby rezignovala na všechno, co se kolem ní a v ní děje. Obviňovala se, že ublížila matce, že ji

trápí tím, že vůbec existuje. Obviňovala se i z toho, že je neschopná a ošklivá, že proto jí přítel občas fyzicky ubližuje. Často plakala, když o něm mluvila.

R: „ To mamka si myslí, že se mám léčit, chce mít ode mne klid...asi jsem jí dost ublížila. Za všechno můžu já! Lepší by bylo, kdybych tu nebyla...všem by se ulevilo...Jo, přítel mě zbil, ale zasloužila jsem si to, neměla jsem svou dávku a on mi nechtěl nic dát, dokud...no, to je jedno, prostě je se mnou někdy k nevydržení. Já ho miluju, moc...“

Během detoxikace se pomocí medikace a výše uvedených pohovorů s ošetřující lékařkou podařilo stabilizovat somatický a psychický stav klientky a také podpořit Rosalii, aby se posunula do další fáze kola změny.

8.2. Fáze kontemplace

Po detoxikaci, která trvala deset dní, se klientka Rosalie překládá na dolní detoxikační jednotku, kde je režim ještě volnější než v režimové části oddělení z důvodu omezené fyzické aktivity s ohledem na zdravotní stav klientek a s ohledem na postupné snižování medikace na uklidnění a medikace ke krytí odvykacího stavu. Klientka se již zapojuje do aktivit této části oddělení a účastní se skupinové terapie a individuálních pohovorů s psychologem zaměřených na posilování motivace, práci s odporem a ambivalencí klientky. Jednotlivé principy a postupy těchto intervencí jsou popsány v diskuzi.

Klientka Rosalie se pomalu posunuje do fáze kontemplace, kdy začíná uvažovat o svých potížích a možné změně svého stávajícího chování. Objevují se první náznaky uvědomování si faktu, že užívání psychoaktivních látek a její porucha příjmu potravy jsou příčinou mnoha problémů a nepříjemných pocitů.

R: „Není mi dobře, stále se mi vrací ty hlasy. Všechno mě hned rozbřečí. Pak mám zas chuť rozkopat tady ty dveře nebo si nějak jinak ublížit. Když si ubližuju, uleví se mi, ale jen na chvíli. Asi to bude z toho pervitinu, myslím ty hlasy a stíhy. Dřív jsem to neměla.“

Tato fáze je charakteristická ambivalencí, kdy klientka sice začíná uvažovat o možné pozitivní změně stávajícího chování, ale zároveň ji odmítá, chvílemi má obavy

z budoucnosti, chvílemi si nepřipouští žádné starosti a hledá důvody pro pokračování ve svém chování a stylu života.

R: „ Ale já můžu kdykoli přestat, ale nechci. Neumím si ani představit, že bych byla bez drog. Někdy mě zlobí, že ztrácím kontrolu nad sebou a pak mě dost štvou ty stíhy a hlasy. Ale bez drog budu hrozně tloustnout, už teď jsem přibrala. Zase jsem se musela vyzvracet, hrozně jsem se přejedla. Je to pořád dokola... “

U klientky Rosalie se často střídaly obavy a bezstarostnost, chuť a odhodlání odolat svému návyku anebo mu znovu propadnout. Terapeut se snažil podpořit sebedůvěru klientky pomocí ocenění a pochvaly při malých úspěšných krocích, např. když klientka po jídle nezvracela nebo když si začala psát deník a snažila se popsat otevřeně své pocity a nálady.

Úryvek zápisu v deníku ze dne 27.října 2011

„...Dnes jsem vstávala hrozně unavená. Skoro celou noc jsem nezamhouřila oka. Po snídani se mi chtělo zase zvracet, ale udržela jsem to v sobě. Seděla jsem na sesterně a povídala si se sestřičkou. Hlídej mě tu, jak nějakého blázna. Kdybych chtěla, tak se stejně vyzvracím po té půlhodině, co mne kontrolují. Dopoledne byla skupina, bylo to zajímavý...Večer jsem zas měla hroznou chuť na perník. Kdybych už mohla aspoň kouřit, hned by to bylo lepší. Takhle jsem se zase přejedla. Zvracela jsem. Potom jsem seděla u stolu s holkama a bylo mi nanic. Nějak to nezvládám. Dost se mi stýská. Hlavně po Pavlovi. Chtěla bych ho vidět. Nevím ani, co se s ním děje. Vůbec se neozval. Bojím se o něj, aby ho nezavřeli, je v podmínce...Chtěla bych vidět aspoň mamku. Snad zítra přijde. Mám už povoleny návštěvy, tak aspoň nějaké pozitivum... “

V tomto období se u klientky stále objevovaly suicidální tendence a pocity smutku a beznaděje.

R: „Jak se cítím? Někdy strašně. Je mi smutno, často brečím a nechci, aby mě někdo viděl. Nemůžu spát a cítím hroznou beznaděj. Stále se mi vrací ty myšlenky, že to chci skončit. Nechce se mi žít. Ale pak se zas bavím s holkama a smějeme se. V noci je to horší. Potřebovala bych něco na spaní. Ty léky, co mi dáváte, jsou slabý... “

Pomocí medikace (antidepresiva, antipsychotika) a pohovorů s psychologem postupně docházelo ke zmírnění pocitů úzkosti a depresivního ladění. Přitažlivost jejího problémového chování se postupně snižovala, Rosalie si začala uvědomovat neblahé důsledky svého stávajícího chování, především nepříjemné psychotické prožitky, nálady smutku a zhoršený somatický stav. Odmítavý postoj a odpor, cokoli ve svém životě měnit se pomocí motivačních rozhovorů pod vedením terapeuta (zaměření a použité metody jsou uvedené v diskuzi) postupně otáčel k pozitivním myšlenkám, naději a důvěře, že by mohla svůj problém zvládnout a nějakým způsobem řešit.

8.3. Fáze rozhodování

Fáze rozhodování je provázena snahou udělat správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení pozitivní cesty. V této fázi je vedle odhodlání důležitá i příprava k závazku něco podstoupit a změnit. Pro klienta je v rozhodovací fázi důležité, jak terapeut vyhodnotí sílu a úroveň závazku a když se s ním zaměří na detaily akčního plánu a podporuje klienta při objevení vlastních nápadů a řešení (Miller&Rollnick, 2003).

Klientka Rosalie byla požádána terapeutem, aby sepsala seznam věcí, které se jí na brání drog líbí a teprve potom se zamýšlela nad nevýhodami stávajícího chování. S terapeutem potom probírala jednotlivé pozitivní aspekty závislého chování, co ji drogy přináší dobrého, co na užívání drog nejvíce oceňuje.

R: „Perník mi pomáhá udržet si štíhlou linii. Nepotřebuju tolik jíst, nemám vůbec hlad ani chuť. Nemám pak ty záchvaty přejídání. A je mi úžasně, všechny starosti odplavou pryč, cítím se plná energie a síly. Je to dobrý pocit...když mám v sobě drogu, ztrácím zábrany a všechno se mi zdá jednodušší. Nemám problém mluvit s lidmi. Dokážu pak říct třeba i mámě, co si myslím. Jinak to nejde, ona si myslí, že má ve všem pravdu...s drogou se dokážu postavit na odpor, říct lidem pravdu do očí...“

Potom se klientka zamýšlela nad stinnými stránkami svého chování, nad tím, co ji drogy berou. Začala jasněji vidět obě strany ambivalence.

R: „Dřív jsem se takhle necítila, nedokážu se normálně radovat ze života. Jen když si dám dávku, ale pak se to stejně zase vrací a je to ještě horší...a pak ty myšlenky na smrt,

poslední dobou byly příliš silné. Nedalo se to zvládnout...hodně mi vadí ty hlasy a stíhy, to bylo moc nepříjemné. Zdálo se mi, že mě někdo pronásleduje, chtěla jsem utéct, ale nešlo to, všude kolem byly černé vysoké stěny. Pavel mě pak musel držet, abych neskočila z okna...nebo jsem cítila hroznou úzkost a strach a řezala jsem se do rukou i nohou, abych si ulevila. Bylo to hrozné...”

Do seznamu zapisovala pozitiva a negativa užívání drog, nezabývala se důsledky spojenými s poruchou příjmu potravy, protože by to bylo pro klientku i terapeuta příliš složité a nepřehledné. Analýzou zisků a ztrát plynoucích z poruchy příjmu potravy se terapeut s klientkou zabývali později, s odstupem jednoho týdne.

R: „Nechci být tlustá, podívám se na břicho a úplně vidím, že mi roste...když se vyzvracím, tak se cítím čistě a vím, že to mám pod kontrolou...užívala jsem projímadla, nebo si dělala sama klystýry, pak mě to bolelo, tam dole i v krku, někdy jsem to přehnala. Byla jsem zesláblá a vyčerpaná, ale nešlo to zastavit. Když se přejím, cítím se provinile, musím to jít vyzvracet, je to pořád dokola. Chtěla bych se toho zbavit, ale nevím jak...”

Byly použity motivační rozhovory s otevřenými otázkami a reflektivním nasloucháním, aby bylo možné prozkoumat vlastní postoje a obavy klientky a terapeutem vyvolat sebemotivující prohlášení.

R: „Zdá se mi to docela beznadějné. Nechci takhle dál žít... Nevím vůbec jak, ale musím něco změnit. Co můžu dělat?”

Vyvolání sebemotivujícího prohlášení bylo důležité pro uvědomění si rozporu mezi cíli klientky a současným chováním, čímž se posílila motivace pro změnu. Rosalie si přiznala svůj problém s drogami a poruchou příjmu potravy a rozhodla se, že bude v léčbě pokračovat, zapojí se do aktivit komunity a režimové části oddělení dle individuálního plánu a že bude pracovat na sobě a změně svého chování. Individuální plán pro změnu byl sestaven klientkou s pomocí terapeuta v souladu s jejími vlastními cíli, potřebami, záměry a možnostmi.

Individuální plán změny ze dne 4. 11. 2011

Hlavní důvod, proč se chci změnit:

- a) nepříjemné emoční stavy při užívání drog a projevů bulimie
- b) negativní zdravotní následky užívání drog a bulimie
- c) ztráta rodinného zázemí a přátel

Moje hlavní cíle:

- a) abstinence od užívání psychoaktivních látek
- b) vyvážený příjem a výdej potravy
- c) rodinné zázemí – zlepšení vzájemné komunikace

První kroky k pozitivní změně mého chování:

- a) psaní deníku a podrobného jídelníčku se záznamem zvracení a ostatních purgativních pokusů
- b) aktivní účast na programech komunity a ve skupinách
- c) vypracování životopisu a elaborátů na témata zadaná terapeutem
- d) vyjasnění si vzájemných vztahů s rodiči, snaha o zlepšení komunikace
- e) nácvik dovedností a nových vzorců chování ve skupinách a při individuálních terapeutických sezeních

8.4. Fáze akce

Ve fázi akce je důležité provádění konkrétních kroků vedoucích ke změně podle jasného plánu a uvedení rozhodnutí klientky v život. Jak uvádí Miller a Rollnick (2003), na začátku akce stále ještě klienti přemýšlejí a bojují s nerozhodností.

Rosalie byla po necelém měsíci od začátku hospitalizace přeložena do režimové části oddělení, kde se účastnila skupinové, rodinné a individuální psychoterapie a různých aktivit v rámci oddělení a byla součástí komunity. Pokračovala ve psaní deníku a jídelníčku, kam zaznamenávala kromě podrobného příjmu potravy i purgativní pokusy, záchvaty přejídání, bažení po drogách a způsoby, jak craving zvládala a jaké pocity při tom zažívala.

Úryvek z deníku ze dne 16.11.2011

„... Je mi líp, už nemám hlasy a ani už tolik nebrečím. Tři dny jsem nezvracela, i když to dá spoustu práce a přemáhání. Po jídle sedím na sesterně a navlékám korálky, aby mně to uteklo. Hlídkají mě. Někdy mě to štve. Když se někomu ztratí jídlo, hned za to můžu já. Holky mi nevěří. Jednou jsem jim něco snědla a teď je všechno na mně... včera jsem měla bažení, děsnou chuť si dát dávku. Bylo to po hádce s Martinou. Říkala, že nejsem normální, že se pořád sleduju, jestli jsem nepřibrala a přitom prý jsem samá kost a kůže. Já si to nemyslím. Pořád se mi zdá, že mám velké břicho. Trápí mě to... když jsem měla to bažení po droze, zkoušela jsem nejdřív myslet na něco hezkého. Jenže to nešlo. Bylo to hrozně silné. Pak jsme šly s holkama na taneční terapii, tancovala jsem Jacksona, bylo to super. Hned mi bylo líp...“

Klientka Rosalie začala uskutečňovat plán podle stanovených cílů a úkolem terapeuta bylo podporovat u ní víru v sebe sama. Na posílení sebedůvěry a víry ve vlastní schopnosti klientky mělo vliv zaměření se terapeuta na úspěšné kroky, potvrzení jejího rozhodnutí a aktivní podpora při prvních úspěších.

T: „Je dobře, že jste našla odvahu se mnou mluvit takhle otevřeně. Vím, jak Vás to musí trápit. Udělala jste už na sobě spoustu práce a snažíte se hodně věcí změnit. Napsala jste hezký zápis do deníku, popsala jste tam upřímně své pocity. Již dva dny jste nezvracela a snažíte se o vyvážený příjem jídla. Rosalie, děláte pokroky, zasloužíte si pochvalu...“

Rosalie měla velmi narušené sebehodnocení a v jejím žebříčku hodnot stál na prvním místě ideál štíhlosti a krásy. Stále hlídala svoji váhu, bála se, že přibere a nebude přitažlivá. Její tělesná hmotnost byla stále pod hranicí normální váhy. Pomocí zpětné vazby (poskytnutí informací o tělesné hmotnosti a zdravotním stavu, vyjádření názorů na její

skutečný obraz těla ze strany ostatních členek komunity a ze strany terapeuta, atd.) si vytvářela nový obraz a pohled na sebe sama.

R: „Bojím se, že se nikomu nebudu líbit, že budu zase tlustá. Všichni mi říkají, že nemám pravdu, že jsem vyhublá. Ale já to vidím jinak. Musím mít kontrolu nad svojí váhou. Podívejte se, jak mi roste břich... potom se dívám na fotky, co mi mamka přinesla, bylo mi asi 14. Holky říkaly, že mi to tam moc sluší. Nevím, možná na tom něco bude. Ale Pavlovi jsem se takhle líbila. On by tlustou holku nikdy nechtěl...“

Klientka měla ze začátku potíže s navazováním a udržováním kontaktů a vztahů v komunitě. Byla spíše uzavřená, tichá a měla potíže v interpersonální komunikaci s vyjádřením vlastních postojů a názorů. Měla nepříjemné pocity viny a studu, když ji ostatní vyčítali, že se zase přejídá, nebo když ji přistihli při zvracení. Pomocí podpory ze strany ostatních klientek komunity a ze strany terapeutů docházelo postupně k zapojení se klientky do života komunity, vyjasňování a pochopení vlastních názorů a postojů, ale i vcítění se do názorů a problémů ostatních klientek. K zapojení klientky do komunity docházelo postupně pomocí nácviku sociálních dovedností, asertivního jednání a interpersonální komunikace při skupinové psychoterapii. Nácvik těchto dovedností probíhal dvakrát týdně pomocí kognitivně-behaviorálních skupin pod vedením terapeuta a jednou týdně formou samořídících svépomocných skupin.

V průběhu léčby proběhlo několik setkání s matkou klientky a dvě společná setkání s oběma rodiči. Matka se zúčastnila rodinné terapie celkem čtyřikrát, otec přišel pouze na jedno společné sezení, další setkání bylo zrušeno z důvodu příchodu otce na oddělení pod vlivem alkoholu. Později se již otec nedostavil a ani kontakt s dcerou již nenavázal, což Rosalie těžce nesla.

R: „Nechápu, proč se mi táta už neozval. Asi zase pije. Ani nevím, kde je a jestli se mu něco nestalo. On mě má rád, ale jak začal pít, hodně se změnil... nikdy se nesmířil s tím, že musel odejít, když si máma našla jinýho. Ke mně byl vždycky moc hodný, hrál si se mnou, chodili jsme do lesa, bylo to faj....je mi ho líto...“

Na společném sezení klientky s oběma rodiči došlo k objasnění některých vzájemných vztahů a nastínění problémů v rodině. Otec zde vyjádřil svůj vřelý vztah k dceři, ale vyčítal si, že se jí více nevěnoval a od rozvodu s matkou klientky se s ní stýkal velmi málo.

Přiznal, že má problémy s alkoholem, žije nyní na ubytovně a je nezaměstnaný. Měl zájem o to, aby se jeho vzájemné vztahy s dcerou zlepšily. Matka se na sezení chovala k bývalému manželovi dominantně, s mírnou arogancí, ostatním neustále skákala do řeči a nebyla schopna jim naslouchat a nechat je vyjádřit své názory a postoje.

Otec: „Rozárko, mám tě moc rád. Chtěl bych ti nějak pomoci, ale jak?“

Matka: „Co to říkáš? Zase lžeš! Nikdy ses o ni nezajímal. To jsou jenom řeči. Tebe zajímá jenom chlast, nic jinýho. Stydím se za tebe! No, podívej se na sebe!“

R: „Mami, prosím tě. Nech toho. Táta se o mě staral, dokud ty sis nenašla jinýho chlapa. Kvůli tobě začal pít...“

Matka: „Mlč! To není pravda. Kdo by s ním vydržel? Nikdo! Roman je úplně jinej, je aspoň k něčemu...“

Během tohoto společného sezení byly objeveny některé problémy ve vzájemné komunikaci, především neochota naslouchat, neskákat do řeči a nemluvit za druhé ze strany matky a neschopnost vyjadřovat své emoce, potřeby a názory ze strany otce i klientky. Pod vedením terapeuta byly podněcovány snahy o zlepšení vzájemné komunikace, vyjadřování emocí a názorů v rámci rodiny. Během sezení byly terapeutem poskytnuty rodičům informace o možnostech podpory a pomoci při změně závislostního chování jejich dcery a nabídnuta další setkání ke zlepšení vzájemné komunikace a k objasnění a nastavení nových hranic a pravidel důležitých pro vytvoření pozitivní atmosféry rodinného zázemí klientky.

Rodinná terapie probíhala dále pouze s matkou klientky. Matka měla v rodině dominantní postavení, její ochranné postoje vůči dceři byly tak silné, že nedávala Rosalii možnost osamostatnit se, aniž by klientka netrpěla pocity viny, úzkosti a prázdnoty. Matka nedávala dceři prostor vyjádřit své vlastní emoce a názory. Rosalie se naučila své emoce skrývat a nedávat najevo, co cítí, z čeho má radost a co ji trápí.

R: „Nemohla jsem brečet, když mě něco bolelo, ty jsi říkala, že ženská všechno vydrží, že všechno musí zvládnout. Ale já to nezvládala. Když mě něco trápilo, šla jsem za tátou, protože ty jsi to nechtěla slyšet. Byla jsi stále v práci nebo někde na cvičení, a když jsi

přišla, chodila jsem kolem tebe po špičkách, protože jsi už ode dveří říkala, ať na tebe nemluvíme, že tě bolí hlava...a já ti toho potřebovala tolik říct...”

Rosalie se snažila odpoutat se od matky, odešla před půl rokem z domova a žila s přítelem, který byl uživatelem drog a Rosalii psychicky a fyzicky týral. Tuto skutečnost si přiznala až během léčby a problematický vztah s přítelem ukončila.

Při rodinné terapii s matkou probíhal nácvik komunikačních dovedností a otevřeného vyjadřování emocí matky a dcery pod vedením terapeuta. Byly dohodnuty podmínky, za jakých může klientka v rodině setrvat, a pravidla umožňující všem členům rodiny pokud možno normálně fungovat. Matka se s klientkou dohodla s aktivní pomocí terapeuta na vzájemné podpoře a nastavení nových hranic a nových vzorců chování. Během společných sezení se podařilo klientce i její matce osvojit si komunikační dovednosti, zlepšit vzájemnou komunikaci a zároveň i vzájemné vztahy mezi nimi. Klientka se rozhodla, že bude pokračovat v léčbě v terapeutické komunitě a po ukončení léčby v komunitě se vrátí, pokud to bude možné, zpět na střední školu a bude pokračovat ve studiu.

8.5. Další fáze na kole změn

Klientka Rosalie podstoupila tříměsíční léčbu na oddělení závislostí, po které nastoupila do terapeutické komunity. Při odchodu do terapeutické komunity se nacházela ve fázi udržování, kdy již tři měsíce abstinovala od psychoaktivních látek a podařilo se také stabilizovat poruchu příjmu potravy a její celkový somatický i psychický stav. Klientka Rosalie byla bez psychotických projevů a subjektivně bez suicidálních tendencí. Byla odhodlána pokračovat v udržování nových vzorců chování a v nastoupené cestě k pozitivní změně svého závislého chování.

Miller a Rollnick (2003) považují v tomto místě na kole změny za hlavní účely motivačních rozhovorů prevenci relapsu a podporu klientky přetvářet svůj cíl, odhalit slabá místa v závazku, zvládání nebo stresu, který pochází z vnějšího prostředí a ohrožuje úspěch změny.

9. SOUHRN PŘÍPADU A DISKUZE

9.1. Vývoj motivace klientky v průběhu léčby

Klientka s duální diagnózou (psychotickou poruchou vyvolanou užíváním stimulantů a THC a s poruchou příjmu potravy) nastoupila do léčby na oddělení závislostí psychiatrické léčebny po suicidálním pokusu v neuspokojivém somatickém a psychickém stavu. Klientka nebyla k léčbě motivována, dobrovolný souhlas s léčbou podepsala její matka z důvodu nezletilosti klientky. U klientky byla přítomna psychotická produkce, projevy agresivity a suicidální tendence. Její motivace pouze vnější, pod tlakem vnějších okolností. Vnitřně motivována nebyla a její postoj k léčbě a ke změně chování byl velmi odmítavý. Klientka se nacházela na začátku léčby ve stadiu prekontemplace, tedy před uvažováním jakékoliv možné změny.

V tomto období detoxikace a prekontemplační fáze probíhala stabilizace somatického stavu a potlačení psychotických projevů pomocí medikace a pohovorů s ošetřující lékařkou. Vzhledem k suicidálním tendencím klientky byl nutný zvýšený dohled nad projevy chování a citlivý přístup ze strany ošetřujícího personálu. Pomocí krátkých pohovorů s ošetřující lékařkou zaměřených především na zjištění a pochopení vnitřních pocitů a potřeb klientky se podařilo stabilizovat psychický stav, podpořit spolupráci klientky při léčbě a zmírnit projevy agresivity vůči sobě i okolí. Jako účinné postupy se v tomto případě osvědčily krátké pohovory ošetřující lékařky s klientkou s otevřenými otázkami a reflektivním nasloucháním. Důležité bylo nastolení klidné a uvolněné atmosféry a získání důvěry klientky a pocitu bezpečí empatickým přístupem a vyhýbáním se konfrontaci a obviňování.

Klientka se posunula po 14 dnech od začátku hospitalizace do fáze kontemplace, kdy začala uvažovat o možné změně stávajícího chování. Její somatický i psychický stav byl více stabilizovaný, suicidální myšlenky se objevovaly méně často a psychotické projevy téměř vymizely. V popředí stál problém s poruchou příjmu potravy, kdy se střídalo odmítání jídla, záchvatovité přejídání a vyvolávání zvracení. Byla nutná zvýšená kontrola nad příjmem potravy a purgativními projevy. Klientce byly poskytovány informace o jejím

aktuálním zdravotním a psychickým stavu a citlivě podávány rady doporučující abstinenci od psychoaktivních látek.

Při pohovorech s terapeutem byl kladen důraz na snižování přitažlivosti závislého chování a odstraňování překážek stojících v cestě ke změně. Důležitá byla v této fázi práce s odporem a ambivalencí klientky. Při práci s odporem byly použity postupy využívající reflexe, přesunutí pozornosti a zdůraznění významu vlastní odpovědnosti. Při práci s ambivalencí bylo zapotřebí vyhýbat se konfliktu, snažit se vychylovat rovnováhu směrem ke změně, mapovat emoce, hodnoty a očekávání klientky a posilovat sebehodnocení klientky. Pomocí těchto postupů se klientka posunula postupně do další fáze vývoje motivace.

Ve fázi rozhodování se klientka nacházela přibližně po měsíci od začátku léčby na oddělení závislostí. Její problém s poruchou příjmu potravy byl stále v popředí, ale klientka začala pomalu přibývat na váze a purgativní projevy nebyly již tak časté. Její narušené sebehodnocení a nespokojený postoj k vlastnímu tělu se měnily k lepšímu pomocí uvědomování si a zvládání vlastních pocitů. Pomocí motivačních rozhovorů s reflektivním nasloucháním, potvrzováním a shrnováním klientka mohla sama prozkoumat svoji nerozhodnost a vyjádřit své důvody ke změně. Postupy, které umožnily rozvíjení rozporů a podporu vlastních schopností klientky, měly vliv na rozhodnutí ke změně stávajícího chování. Důležité bylo vyvolávání sebemotivujících prohlášení pomocí vhodných otevřených otázek a posilování těchto prohlášení reflexemi a opakovaným shrnováním. Klientka se sama rozhodla, že změní svoje postoje, hodnoty a chování a přešla tak do další fáze na kole změn.

Ve fázi akce, která trvala přibližně dva měsíce (od počátku druhého měsíce v léčbě do nástupu klientky do terapeutické komunity), se klientka účastnila aktivit režimové části oddělení, jako jsou arteterapie, ergoterapie, hipoterapie, muzikoterapie, taneční terapie a další léčebné aktivity. Součástí léčby byla skupinová psychoterapie s využitím především kognitivně-behaviorálních technik, dynamických a systemických přístupů.

Na tematických skupinách byly terapeutem a dalšími odborníky v oboru adiktologie klientce poskytovány informace o psychoaktivních látkách, jejich negativních důsledcích na zdravotní a psychický stav, způsobech zvládání odmítání drog, cravingu a prevence relapsu. V rámci skupinové terapie probíhal pod vedením terapeuta i formou samořídících

skupin nácvik zvládání cravingu, rozpoznání spouštěčů a rizikových faktorů vedoucích k užívání psychoaktivních látek, nácvik technik a dovedností potřebných k odmítání drog, zvládání cravingu a dovedností k prevenci relapsu.

Důležitý význam měla práce s rodinou klientky, kdy proběhlo několik společných rodinných sezení s matkou i oběma rodiči. V rámci rodinné terapie docházelo postupně k vyjasnění vzájemných vztahů a dysfunkčních vzorců chování a ke zlepšení komunikace uvnitř rodiny. Byly objeveny a vytvořeny nové hranice a stanoveny cíle potřebné k dosažení a udržení změny. Matka se snažila poskytnout klientce zpětnou vazbu, vyjasnit si dlouhodobě neřešené problémy a umožnit ji větší autonomii a získání sebedůvěry. Otec se účastnil rodinné terapie dvakrát a za tuto dobu nebylo možné objasnit a vyřešit některé dysfunkční vzorce chování a nenaplněný vztah mezi otcem a dcerou. Další plánované rodinné sezení s otcem bylo zrušeno z důvodu jeho příchodu pod vlivem alkoholu. Přítel klientky, který byl uživatelem pervitinu, nastoupil během léčby klientky k výkonu trestu za nedovolenou výrobu omamných a psychotropních látek a za ublížení na zdraví. Klientka s ním nebyla po dobu léčby v kontaktu, i když ze začátku nechtěla ani uvažovat o možném rozchodu s ním. Postupně si přiznávala konfliktní vztah s přítelem, který byl založen na psychickém i fyzickém týrání klientky a rozhodla se tento vztah ukončit.

Během fáze akce byly použity různé techniky a postupy motivačních rozhovorů. Klientce byla poskytována angažovaná zpětná vazba ohledně její stávající situace a jednotlivých kroků na cestě ke změně, aby měla jasný přehled o tom, jak se věci mají. Zpětná vazba byla poskytována v podobě aktuálních kontrol somatického stavu, kontroly tělesné hmotnosti, psaní deníku, vyjádření obav a názorů ze strany rodiny a ze strany členů komunity a celého týmu. Důležitým prvkem motivačních postupů bylo opakované rozvíjení rozporů mezi závislým chováním a důležitými životními cíli a podpora vlastních schopností klientky. Názory a touhy klientky nebyly v její minulosti brány v úvahu, vždy někdo rozhodoval za ni, trpěla nízkou sebedůvěrou a nevěřila ve své schopnosti. Jediným způsobem kontroly byla kontrola nad vlastním tělem pomocí patologických vzorců chování. Při podpoře sebedůvěry klientky byl kladen důraz na převzetí osobní odpovědnosti pomocí principu motivačních rozhovorů, kdy byla dána klientce naděje, že jen ona sama se může změnit, že to za ni nikdo neudělá a že je ona zodpovědná za svá rozhodnutí a učiněné kroky.

Dalším důležitým principem v akční fázi bylo vyjádření empatie ze strany terapeuta a potvrzování, což znamená ocenění a uznání dosažených pozitivních výsledků. Motivační rozhovory bylo potřeba zaměřit i na problémy na sociální a mezilidské úrovni, aby klientka získala potřebné dovednosti pro fungování ve společnosti a ve vztazích s ostatními lidmi. Pomocí otevřených otázek a reflektivního naslouchání odkrýt problémy v komunikaci a utváření interpersonálních vztahů a zaměřit se na tyto problémy při individuální a skupinové psychoterapii s kognitivně-behaviorálními a psychodynamickými technikami.

9.2. Účinné metody, postupy a principy budování motivace klientky z pohledu terapeuta

Motivace klientky ke změně závislého chování se vyvíjela od fáze prekontemplace, kdy klientka odmítala jakoukoliv změnu a nacházela se ve stavu beznaděje a ztráty víry ve svou další budoucnost. Odcházela z oddělení závislosti do terapeutické komunity po tříměsíční léčbě s vírou v sebe sama, ve své schopnosti a vírou v lepší budoucnost při nastoupené změně svých postojů, názorů, hodnot a způsobů chování. Při léčbě závislosti na návykových látkách, poruchy chování a poruchy příjmu potravy byly použity klasické metody používané na oddělení závislosti psychiatrické léčebny, jako je medikamentózní léčba, strukturovaná léčba s režimem založeným na udržování vymezených pravidel, bodovacím systémem a na postupu do jednotlivých fází léčby. Další důležitou součástí léčby byly různé pracovní a volnočasové aktivity a běžně používané metody skupinové, komunitní a individuální psychoterapie. Vedle těchto postupů byly použity techniky motivačních rozhovorů vytvořené na základě modelu kola změn Jamese Prochasky a Carla DiClementa a založené na principech vypracovaných odborníky v čele s Williamem R. Millerem a Stephenem Rollnickem.

Mezi účinné postupy pro vývoj motivace klientky patřily metody předávání rad, odstraňování překážek a snižování přitažlivosti závislého chování. Dobře načasovaná a vyslovená rada doporučující změnu může mít velký vliv, je ale zapotřebí se vyvarovat pasti zvané expert a pasti nálepkování a obviňování. Při snižování přitažlivosti závislého chování je pro terapeuta důležité odhalit klientovy důvody pro pokračování ve svém způsobu chování a snažit se hledat možnosti, jak vychýlit rovnováhu na stranu pozitivní změny. Důležitý je empatický přístup terapeuta, který se vyznačuje vřelostí, respektem,

podporou a dovedností vyjádřit obavy o klientku, soucitné pochopení a aktivní zájem. Dalším účinným postupem je poskytování zpětné vazby a vyjasňování cílů, které by měly být srozumitelné, jasné a dosažitelné. Nabídka výběru různých alternativních metod a cílů nebyla v tomto případě možná, protože klientka neměla v daném systému léčby na výběr více možností, pro které by se mohla sama rozhodnout.

Významnými principy pro posílení motivace klientky bylo neustálé rozvíjení rozporů mezi stávajícím chováním a životními cíli, otáčení odporu a vyhýbání se argumentaci. Při práci s odporem a ambivalencí klientky byly úspěšné postupy uplatňující jednoduchou, dvojitou a posílenou reflexi, využívající techniky přesunutí pozornosti, souhlasu a odklonu a zdůrazňování významu osobního rozhodnutí. Pro vyvolání sebemotivujících prohlášení, které jsou důležitou součástí motivačních rozhovorů, byly použity otevřené otázky, reflektivní naslouchání, potvrzování a shrnování. Přínosem pro vývoj motivace byly postupy zaměřené na klientku, aby sama prozkoumala svoje potřeby, přání a svou nerozhodnost a vyjádřila své vlastní důvody ke změně.

U klientky se narušeným sebevědomím a sebehodnocením patřila mezi klíčové prvky motivace ke změně podpora vlastních schopností, podpora její sebedůvěry a pojetí sebe sama. Důraz na převzetí osobní zodpovědnosti, na možnost zvládnutí určitého úkolu, překážek a obtížných situací vedl k posílení sebedůvěry a důvěry ve vlastní schopnosti klientky. Víra v sebe sama byla posilována potvrzováním, přímým vyjádřením ocenění a pochopení a kladným hodnocením sebemenšího pokroku na pozitivní cestě ke změně.

9.3. Hodnocení účinnosti metod a přístupů ze strany klientky

Klientka hodnotila na konci léčby, které postupy a metody ji nejvíce pomohly na cestě ke změně a jaký přístup terapeuta ji nejvíce vyhovoval. Hodnocení bylo uskutečněno pomocí polostrukturovaného interview s otevřenými otázkami zaměřenými na jednotlivé oblasti motivace a použité metody a přístupy.

Klientka ocenila empatický přístup terapeuta, který na ni pohlížel bez nálepkování a škatulkování a nutnosti přijmout diagnózu závislosti. Kladně hodnotila vřelost a opravdovost ze strany terapeuta, který ji naslouchal a zajímal se o to, co ona sama chce,

jaké má představy, názory a jak se cítí. Ocenila, že nedocházelo ke konfrontaci a hádkám, zvláště v období, kdy léčbu odmítala a objevovaly se u ní stavy neklidu a agrese. V těchto chvílích byla vděčná, že ji někdo vyslechne a snaží se ji pochopit.

R: „Asi mi hodně pomohlo, že jste mi nechali prostor a čas mluvit o tom, co mě trápí. Že jste mě vyslechli... přitom mě nepoučovali a nesoudili, že jsem špatná. Neříkali jste mi, jsi feťáčka, musíš toho nechat...zajímalo vás, jak se cítím, jak mi je, to mi dost pomohlo...“

Při rozhodování ji pomohlo, když si sama sepsala seznam zisků a ztrát svého stávajícího chování a jednotlivé aspekty probrala s terapeutem. Sama si pak uvědomila, co ji drogy a její chování přináší a co ji berou a objevila v sobě odhodlání změnit se. Pomocí rozhovorů s terapeutem si sama stanovila cíle, kterých by chtěla dosáhnout a cítila, že je zodpovědná za svá vlastní rozhodnutí a kroky. Pocit vlastní zodpovědnosti ji pomohl více si věřit a zvýšit svoje sebehodnocení.

R: „, Hodně mi pomohlo napsat si ten seznam, co mě drogy dávají a co berou. Když jsme o tom pak mluvili, hodně jsem si toho uvědomila. Nikdy mě nenapadlo o tom takhle přemýšlet. Najednou jsem viděla, že to není dobré a že to může špatně skončit...začala jsem si víc věřit, když jste mě utvrzovali v tom, že je to moje rozhodnutí, že je to moje svobodná volba...poprvé v životě jsem se cítila za něco zodpovědná...“

Ve fázi akce ocenila klientka podporu ze strany terapeuta, který ji naslouchal a pomohl ji svými reflexemi a radami vydržet na nastoupené cestě, i když to někdy nebylo vůbec jednoduché a stále se objevovala ambivalence a vracely se nepříjemné pocity úzkosti, smutku a vlastní neschopnosti. Důležitá pro klientku byla zpětná vazba ze strany terapeuta, rodičů a ostatních členek komunity.

Na cestě ke změně ji udržovala i pochvala a ocenění každého jejího pozitivního výsledku, což ji pomáhalo si uvědomit, že dokáže zvládnout jednotlivé kroky ke změně. Začala si více věřit, překonávala pocity beznaděje a zbytečnosti a měla opět chuť do života a chuť změnit se a žít bez drog a bez neustálé kontroly svoji váhy.

R: „Hrozně mi pomohlo, že jste mě za něco pochválili, třeba to byla úplná maličkost, ale mě to nakoplo, abych vydržela...nepřipadala jsem si pak tolik zbytečná a k ničemu...“

Na vývoj motivace měla pozitivní vliv rodinná a skupinová psychoterapie a ostatní aktivity mimo oddělení. Při rodinných sezeních si klientka vyjasnila vzájemné vztahy a nedostatky v interpersonální komunikaci. Mrzelo ji, že nemá dořešený vztah s otcem z důvodu jeho závislosti na alkoholu a způsobu jeho života. S přítelem vztah ukončila, při rozhovorech s terapeutem a práci ve skupinách si uvědomila a vyjasnila stinné stránky jejich vztahu a nutnost rozchodu.

R: „Díky těm rodinkám se to vylepšilo s mámou, už se jí nebojím něco říct a vím, že mě má ráda a stojí za mnou...na skupinách jsem se naučila mluvit a dát najevo svoje názory, říct, co si myslím, i když někdy je to dost těžký...“

Klientka měla problém s dodržováním některých pravidel režimu a bodovací systém považovala za nesmyslný a demotivující. Při rozhovoru uváděla, že by ocenila více pohybových aktivit během léčby a méně samořídících skupin zabývajících se čtením řádu a ručními pracemi.

R: „Vadilo mi to sbírání a ztrácení bodů a pak ta kolektivní vina. Někdo si zakouřil v koupelně a body šly dolů všem kuřákům. Nevidím v tom smysl. Dělat věci, abych nasbírala body. To mi vadilo. A pak ještě, že tu je málo pohybu. To jsou samé košíky, korálky, ruční práce. To je pro starší ženské. Ne, že by mě to nebavilo, ale toho pohybu je tu opravdu málo...“

Během léčby se vyvíjela motivace klientky ke změně závislého chování především pomocí přístupu terapeuta a použitých metod a principů motivačních rozhovorů. Změna probíhala na základě vlastních představ, potřeb a cílů klientky a na základě podpory vlastních schopností klientky.

9.4. Možnost uplatnění motivačních rozhovorů ve strukturované léčbě

Strukturovaný program a režim jsou základem střednědobé ústavní léčby závislostí. Součástí režimu je dodržování pevně stanovených pravidel a bodovací systém založený na systému sankcí a odměn. Na zdejším oddělení závislostí se klade velký důraz na dodržování pravidel a systém vnější kontroly. Bodovací systém je založen na hodnocení zvládání struktury a režimu klientem a v této podobě, kdy dochází

k nevyváženosti mezi sankcemi a odměnou, může takový systém ztrácet terapeutický efekt.

Součástí léčby závislostí ve strukturovaném programu jsou různé pracovní terapie, volnočasové aktivity a psychoterapie skupinová, komunitní a individuální. Skupinová terapie je zde kombinací více terapeutických směrů, zejména kognitivně-behaviorálních a humanistických. Individuální psychoterapeutická sezení jsou jen doplňkem základních aktivit komunitních a skupinových a jsou většinou omezeny na speciální situace.

Motivační rozhovory nejsou během léčby běžně používány, léčebné postupy jsou založené na předpokladu konfrontace a popírání se zaměřením na problém závislosti a přijetí diagnózy a nálepky závislého člověka. Motivace je považována spíše za problém a typický rys závislé osobnosti. Určité direktivní a donucovací styly poradenství vyvolávají u většiny klientů projevy odporu a v některých případech i předčasné ukončení léčby.

U klientky byly vedle běžně používaných metod a stylů použity principy a techniky motivačních rozhovorů. Motivační rozhovory probíhaly nejen při individuálních terapeutických sezeních, ale i při práci s rodinou klientky. Na práci s nemotivovanou klientkou nastupující do léčby nedobrovolně s odmítavým postojem ke změně stávajícího chování byl zkoumán význam a přínos jednotlivých technik a postupů motivačních rozhovorů. Na souhrnu případu, analýze výsledků a hodnocení klientky byl zřejmý význam použitých metod a principů motivačních rozhovorů.

Uplatnění motivačních rozhovorů při léčbě závislosti ve strukturované ústavní léčbě by mělo velký význam při budování motivace ke změně závislého chování. K možnosti uplatnění motivačních rozhovorů v ústavní léčbě závislostí by bylo zapotřebí více času ze strany terapeutů věnovaného klientům při individuálním sezení, vzdělávání a výcvik odborníků k získání dovedností potřebných k vedení a používání principů a metod motivačních rozhovorů a vstřícný postoj k alternativním a novým možnostem léčby závislosti.

10. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zkoumat průběh budování motivace klientky k léčbě závislosti na psychoaktivních látkách a léčbě poruchy příjmu potravy během jejího pobytu na oddělení závislostí psychiatrické léčebny. Pomocí použitých výzkumných metod se podařilo shromáždit data případové studie a pracovat s nimi tak, aby bylo možné na individuálním případě klientky ukázat vývoj motivace k pozitivní změně jejího závislého chování od fáze prekontemplace do fáze udržování nových vzorců chování.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké metody, postupy a intervence byly nejvíce účinné na cestě ke změně závislého chování, tzn. poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a poruchy příjmu potravy, z pohledu terapeuta a z pohledu samotné klientky. Získat výsledky hodnocení účinnosti přístupů a metod ze strany terapeuta bylo jednodušší, ale bylo ovlivněno rozdílným pohledem na věc očima odborníka, který má jiné plány a očekávání a odlišný pohled na význam a přínos použitých léčebných metod a principů. Klientka hodnotila účinnost terapeutických postupů a intervencí ze svého subjektivního pohledu a s ohledem na své vlastní potřeby, přání, hodnoty a očekávání.

Během studování odborné literatury zabývající se tímto tématem a během zpracovávání případové studie jsem získala mnoho nových vědomostí a dovedností potřebných k práci s klienty adiktologických služeb, především s klienty, kteří potřebují využít svůj vlastní potenciál k tomu, aby mohli změnit sebe sama a žít smysluplný život.

11. ETIKA

V bakalářské práci dodržuji relevantní etické principy, aby nebyla porušena anonymita klientky a ochrana jejích osobních údajů, aby klientka nemohla být identifikována. Neuvádím skutečná jména osob ani léčebného zařízení, bibliografické údaje klientky jsou mírně posunuty pro zachování anonymity. Klientka souhlasila se zpracováním svého příběhu pro studijní účely.

12. SEZNAM LITERATURY

Bell, A., Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In Rotgers, F., et al. *Léčba drogových závislostí*. Kapitola 10. Praha: Grada Publishing.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change*. New York: Guilford Press

Donovan, D. M.& Marlatt G. A. (1988). *Assessment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Jílek, J. ((2008). *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Roční období

Kalina, K., et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Kapitola 7/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Krch, D., et al. (1999). *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.

Madsen, K.B. (1972). *Teorie motivace (Srovnávací studie moderních teorií motivace)*. Praha: Academia.

Miller, W.& Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miller, W.& Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Nešpor, K. (2003a). Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In Kalina, K., at al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 4/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Nešpor, K. (2003b). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In Kalina, K., at al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 4/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Oxford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: Wiley.

Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa -příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky*. Praha: Psychiatrické centrum.

Prochaska, J.& Norcross J. (1999). *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing

Rotgers, F. (1999). Behaviorální teorie léčby drogových závislostí: Věda ve službách praxe. In Rotgers, F., at al. *Léčba drogových závislostí*. Kapitola 7. Praha: Grada Publishing.

Simon, S. B. (1988). *Getting unstuck: Breaking throw the barriers to change*. New York: Warner Books.

Shaller, M. & Cialdini, R. B. (1990). Happiness, Sadness, and Helping. A Motivational Integration. In Higgins, E. T., Sorentino, R. M. (Eds), *Handbook of Motivation and Cognition*. New York: The Guilford Press.